



MILLORA DE L'ATENCIÓ AL CÀNCER DE RECTE A CATALUNYA EN EL PERÍODE 2005-2016

RESUM EXECUTIU

L'auditoria clínica i la concentració de l'activitat quirúrgica en centres autoritzats amb un volum mínim de casos han estat els elements principals de l'estratègia utilitzada per millorar els resultats terapèutics del càncer de recte.

L'objectiu d'aquest informe és el d'analitzar l'evolució de l'atenció al càncer de recte al llarg del període cobert per les tres auditories bianuals efectuades (2005-7, 2011-12 i 2015-16).

En el període cobert per les tres auditories el número de centres s'ha reduït de 51 a 32, i el número de casos intervinguts en centres de volum baix (<11 casos) ha disminuït de manera significativa.

La mortalitat a 1 mes, 3 mesos, 1 any i 2 anys des del moment de la cirurgia s'ha reduït en un 87% (de 3,9% a 0,5%), 71% (de 5,8% a 1,7%), 49% (de 11,9% a 6,1%) i 37,4% (de 19,5% a 12,2%), respectivament.

La supervivència bruta a 3 anys ha augmentat d'un 75% a un 79,3% i a un 82,4%, respectivament, de la primera auditoria a l'última. La supervivència bruta a 5 anys ha augmentat d'un 66% a un 68,2% i a un 70,2% de la primera auditoria a l'última.

La qualitat del diagnòstic registrat a la història clínica ha millorat significativament. La qualitat de la cirurgia, segons les dades incloses a la història clínica, també ha millorat de manera significativa.

Ha augmentat la proporció de casos en estadis II i III que reben el tractament adjuvant recomanat.

INTRODUCCIÓ

El càncer de recte, juntament amb el de còlon, és el segon càncer més incident a Catalunya tant en dones com en homes (63,1 per 100.000 dones i 87,3 per 100.000 homes cada any), i té una supervivència relativa als 5 anys entorn del 61% i del 56%, respectivament.¹ La recidiva de la malaltia, tant a nivell local com a distància, constitueix el problema més greu després de la cirurgia de resecció radical, i és per a la majoria d'aquests pacients la causa de mort. Des de fa més de 20 anys, es coneix la importància de la tècnica quirúrgica, especialment de l'excisió del mesorecte i la seva qualitat, així com de la realització de tractament adjuvant sobre la freqüència de recidives locals.²

Les autoritats sanitàries de diferents països han buscat estratègies per millorar els resultats d'aquesta patologia, com ara la implementació de guies de pràctica clínica, la centralització de l'atenció quirúrgica, la monitorització de resultats i feedback als centres i/o la formació dels professionals implicats.³ En aquesta cerca el paper d'EURECCA (European Registration of Cancer Care) va ser rellevant en la generació de guies de pràctica clínica per càncer de recte així com en l'establiment d'un marc referencial per l'auditoria clínica en càncer.²

A Catalunya, l'any 2003 el Pla director d'oncologia i l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) van elaborar l'Oncoguia de Còlon i Recte (OCG), amb l'objectiu general de millorar l'atenció oncològica a Catalunya. A banda d'aquesta estratègia, el Pla director, amb el suport del CatSalut, va coordinar una primera auditoria sobre l'atenció al càncer de recte per tal de mesurar l'adherència a les recomanacions de l'OCG.⁴ Els centres amb volum baix, com a grup, procuraven una atenció amb menys adherència a les recomanacions de l'OCG i obtenien pitjors resultats clínics que els centres de volum superior.⁴ Considerant la variabilitat de resultats segons volum i la dispersió de l'activitat evidenciada en els resultats de l'auditoria, les autoritats sanitàries van decidir reordenar la cirurgia de càncer de recte. Ampliant el camp d'acció, des del CatSalut es va impulsar una política de centralització que incloïa 19 procediments d'atenció al càncer plasmada a la instrucció 01/2012, que té com a objecte l'establiment de les àrees d'alta especialització en atenció oncològica, el model assistencial i la reordenació del procés d'atenció als pacients de l'àmbit del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Així, la cirurgia de càncer de recte, com a cirurgia oncològica d'alta especialització, està inclosa dintre d'aquest marc i, per tant, cal avaluar la seva qualitat i resultats clínics. En acord amb aquesta línia, es va dur a terme una segona auditoria dels anys 2011-12 i una tercera dels anys 2015-16.⁵

L'objectiu d'aquest informe és el d'analitzar l'evolució de l'atenció al càncer de recte a Catalunya al llarg del període cobert per les tres auditories a través de l'anàlisi del volum de casos intervinguts per centre, la comparació dels indicadors clau del procés de diagnòstic i de tractament i, finalment, dels resultats clínics.

MÉTODES

Per a les tres auditories es va seguir el mateix model d'estudi de cohorts retrospectiu multicèntric. La metodologia emprada es basa en l'auditoria clínica.^{4,5}

Es van incloure tots els pacients amb finançament CatSalut diagnosticats de càncer de recte primari intervinguts quirúrgicament per primer cop, amb intenció curativa, en els períodes bianuals 2005-7, 2011-12 i 2015-16 als hospitals del SISCAT. Els casos es van identificar a partir del Conjunt Mínim Bàsic de Dades a l'alta hospitalària (CMBD-HA) mitjançant els codis de diagnòstic 154, 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8 i de procediments 45.76, 48.35, 48.4, 48.5 i 48.6 de la 9^a edició de la classificació internacional de malalties CIE-9.

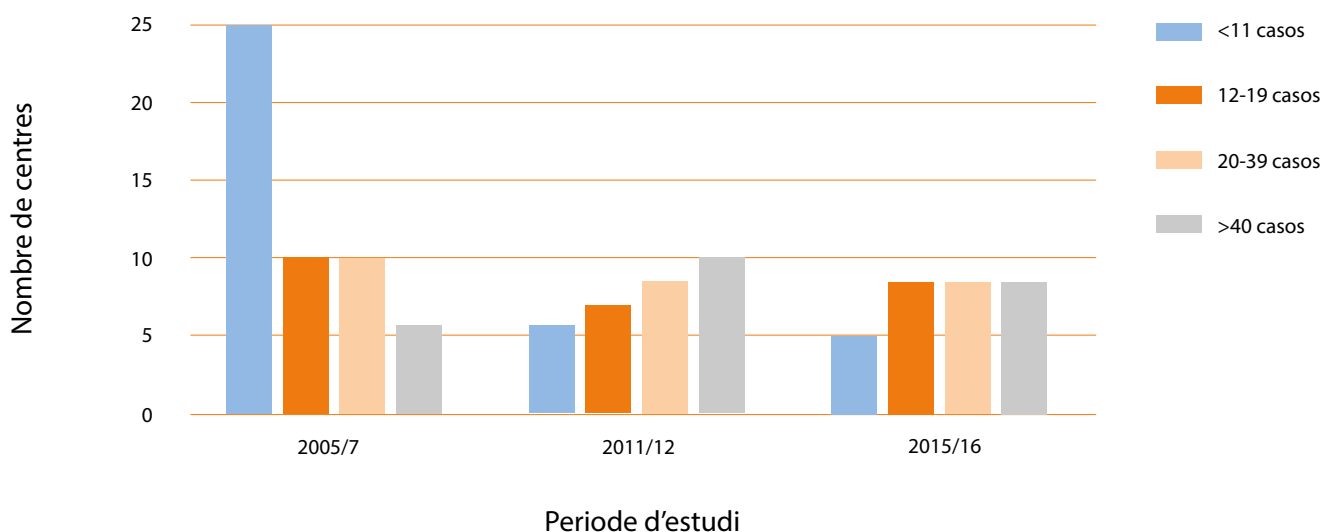
A la primera auditoria es va revisar la documentació clínica de tots els casos identificats. Es van excloure els pacients amb recidiva d'un tumor de recte tractat en un període anterior a l'estudi, malaltia irreseccable i/o cirurgia amb intenció pal·liativa. En les dues auditories més recents, els casos es van confirmar mitjançant les dades que constaven a la història clínica compartida a Catalunya (HC3). La informació requerida que no constava a l'HC3 és la que es va revisar a cadascun dels centres: principalment informes quirúrgics, d'anatomia patològica (si no constava a l'HC3), de radioteràpia, actes de comitès de tumors i dades del curs clínic. Aquest treball de camp el van dur a terme enquestadors contractats específicament per a l'estudi, externs i sense coneixement dels objectius de l'estudi, per garantir l'homogeneïtat de la recollida de variables. Tota la informació recollida es va tractar de manera confidencial.

RESULTATS

DISTRIBUCIÓ DEL VOLUM DE CASOS I COMPLIMENT AMB LA INSTRUCCIÓ 01/2012

El número total de centres de cirurgia es va reduir de 51 al primer període auditat a 32 a les dues auditories següents.

Figura 1. Evolució del número de centres segons el volum anual de casos. Catalunya, 2005-7, 2011-12 i 2015-16.



En relació amb la distribució de centres segons el volum de casos intervinguts anualment (Figura 1), el número de centres on s'intervenien menys d'11 casos es va reduir de 25 a 6 entre les dues primeres auditories i a 5 centres a la darrera auditoria (2 dels quals no estaven autoritzats). A la nova instrucció publicada el 2018, els 3 centres autoritzats que no arribaven a 11 casos al 2016 ja no consten com a centres de referència per aquesta activitat. A part d'això, el número de centres de més de 40 casos anuals ha augmentat globalment.

De la mateixa manera, la distribució dels casos segons la categoria de volum anual d'intervencions mostra una disminució gradual de casos intervinguts en centres de volum baix (de 15% a 2,9%) i un augment en els centres de volum més alt, especialment els de més de 40 casos anuals (de 37,5% a 54,5%).

Finalment, el compliment amb la instrucció representat per la proporció de pacients intervinguts en centres autoritzats ha augmentat entre les dues darreres auditories d'un 91,4% a un 98,1% (el període cobert per la primera auditoria és previ a la publicació de la instrucció).

EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT I DE L'APARICIÓ DE RECIDIVA

La mortalitat a 1 mes, 3 mesos, 1 any i 2 anys des del moment de la cirurgia s'ha reduït en un 87% (de 3,9% a 0,5%), 71% (de 5,8% a 1,7%), 49% (de 11,9% a 6,1%) i 37,4% (de 19,7% a 12,2%), respectivament.

Taula 1. Comparació dels resultats de mortalitat. Catalunya, 2005-7, 2011-12 i 2015-16.

	2005/2007		2011/2012		2015/2016		p-valor
	N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	
1 mes	1.829	3,9	1.948	1,8	1.879	0,5	<0,001*
3 mesos	1.827	5,8	1.946	2,7	1.879	1,7	<0,001*
1 any	1.818	11,9	1.942	7,7	1.879	6,1	<0,001*
2 anys	1.809	19,7	1.932	15,2	1.879	12,2	<0,001*

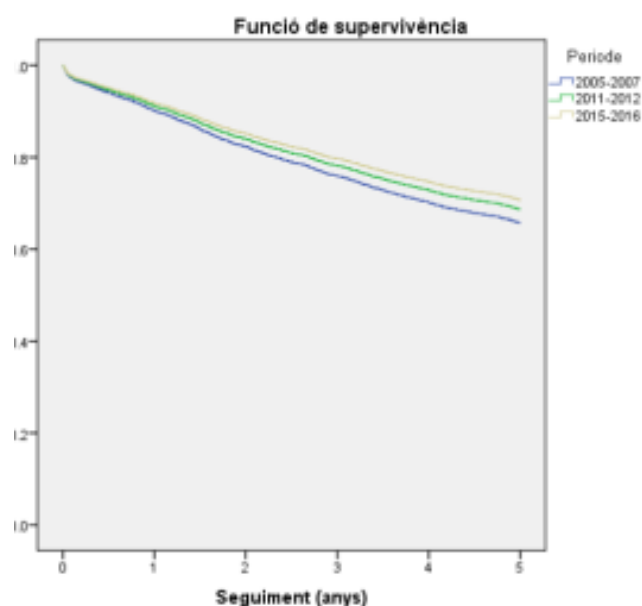
N total: nombre de pacients inclosos a l'auditoria; p-valor obtingut amb la prova Chi-quadrat de comparació del% de mortalitat entre 2005/07 i 2015/16.

La supervivència bruta a 3 anys ha augmentat de 75% a 79,3% i a 82,4%, respectivament, de la primera auditoria a l'última ($p<0,001$). La supervivència bruta a 5 anys ha augmentat de 66% a 68,2% i a 70% respectivament de la primera auditoria a l'última ($p=0,032$) (Figura 2).

Figura 2. Supervivència a 5 anys de seguiment (Kaplan-Meier). Catalunya, 2005-7, 2011-12 i 2015-16.

Al llarg del període estudiat la incidència acumulada de recidiva locoregional (amb o sense metàstasi) a dos anys des del moment de la cirurgia s'ha reduït de 6,2% a 5,1%, encara que aquesta baixada no és estadísticament significativa ($p=0,161$).

La incidència acumulada de metàstasi aïllada ha augmentat de 9,3% a 12,9% ($p=0,001$) (Taula 2). No s'observen canvis estadísticament significatius a la incidència acumulada de recidiva locoregional aïllada, metàstasi aïllada i recidiva locoregional i metàstasi de manera simultània entre les dues darreres auditories. No es disposa d'aquesta informació pels anys 2005/7.



Taula 2. Comparació de la incidència acumulada de recidiva a 2 anys.

	2005/2007		2011/2012		2015/2016		p-valor
	N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	
LR +/- Metàstasi	1.831	6,2	1.949	5,1	1.879	5,1	0,161
LR aïllada	–	–	1.949	3,2	1.879	3,0	0,602
LR + Metàstasi	–	–	1.949	1,9	1.879	2,1	0,695
Metàstasi aïllada	1.831	9,3	1.949	11,0	1.879	12,9	0,001
Total	1.831	15,5	1.949	16,1	1.879	18,0	0,043

N total: nombre de pacients inclosos a l'auditoria; LR: locoregional; p-valor obtingut amb la prova Chi-quadrat de comparació de les incidències acumulades entre 2005/07 i 2015/16, excepte per LR aïllada i LR + Metàstasi, en què la comparació és entre 2011/12 i 2015/16.

EVOLUCIÓ DE LA QUALITAT DEL PROCÉS ASSISTENCIAL AMB INDICADORS CLAU

A les tres auditories es van incloure respectivament 1.831, 1.949 i 1.879 casos. El número i perfil dels pacients s'ha mantingut estable (Taula 3). L'augment dels casos revisats i dels exclosos per causa de "localització externa al recte" a la darrera auditoria es deu a una ampliació de la selecció dels codis CIM-9 emprats per la identificació dels casos al CMBD-HA amb l'objectiu de no perdre cap cas. A diferència del primer període estudiat, en els dos posteriors s'hi inclouen els casos intervinguts amb excisió local.

Taula 3. Característiques demogràfiques i clíniques dels pacients intervinguts. Catalunya, 2005-7, 2011-12 i 2015-16.

		2005/2007		2011/2012		2015/2016		p-valor
		N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	
Casos inclosos	Inclusos	1.831	78,9	1.949	78,9	1.879	71,3	<0,001
	Exclosos	489	21,1	522	21,1	756	28,7	—
	Total	2.320	—	2.471	—	2.635	—	—
Causa d'exclusió	Tumor no localitzat a recte	230	47,0	271	51,9	576	76,2	<0,001
	No cirurgia del tumor primari durant el període d'estudi	141	28,8	86	16,5	78	10,3	—
	Cirurgia pal·liativa	67	13,7	29	5,6	22	2,9	—
	Patologia benigne / Malaltia preneoplàsica	17	3,5	114	21,8	45	6,0	—
	No cirurgia	4	0,8	8	1,5	3	0,4	—
	Altres motius	30	6,2	14	2,7	32	4,2	—
Sexe	Home	1.194	65,2	1.245	63,9	1.282	68,2	0,015
	Dona	637	34,8	704	36,1	597	31,8	—
Edat	Mitjana ± DE	68,1 ± 11,5		69 ± 11,5		68 ± 11,3		0,004^
	Mediana – Mín - Màx	70,2 – 29 - 95		70 – 25 - 96		68,6 – 24-99		—

ASA	ASA I	139	7,6	111	5,7	83	4,4	<0,001
	ASA II	1.012	55,3	981	50,3	1.029	54,8	—
	ASA III	611	33,4	642	32,9	695	37	—
	ASA IV	65	3,5	62	3,2	50	2,7	—
	Desconegut*	4	0,2	153	7,9	22	1,2	—
Estadiatge TNM1	Estadis 0 / I	243	13,3	270	13,9	302	16,1	<0,001
	Estadi II	512	28,0	425	21,8	357	19	—
	Estadi III	792	43,3	1.030	52,8	1.025	54,6	—
	Estadi IV	136	7,4	172	8,8	167	8,9	—
	No classificable	148	8,1	49	2,5	23	1,2	—
	Desconegut*	—	—	3	0,2	5	0,3	—
Localització	Recte distal (0–6 cm)	524	28,6	591	30,3	566	30,1	<0,001
	Recte mig (7–11 cm)	573	31,3	778	39,9	793	42,2	—
	Recte proximal (12–16 cm)	341	18,6	427	21,8	448	23,8	—
	Recte-sigma (≥ 17 cm)	117	6,4	98	5,0	63	3,4	—
	Desconegut*	276	15,1	58	3,0	9	0,5	—
Tipus d'ingrés	Urgent	103	5,6	71	3,6	32	1,7	<0,001
	Programat	1.721	94	1.878	96,4	1.847	98,3	—
	Desconegut*	7	0,4	0	—	0	—	—
Seguiment (mesos)	Mitjana ± DE	23,1 ± 14,3		28,7 ± 10,7		36,8±11,6		<0,001^
	Mediana – Mín - Màx	21,0 – 0 - 56		29,8 – 0 - 49		38,2 – 0 - 55		—

DE: desviació estàndard; 1. 6^a edició TNM 2005/7, 7^a edició TNM 2011/12 i 2015/16; *: No s'han trobat dades; p: Chi-quadrat; ^: prova Kruskal-Wallis per a mostres independents.

En relació amb la qualitat de la informació a la documentació clínica, s'observa una disminució dels valors desconeguts a l'informe d'anatomia patològica, com ara els de l'excisió del mesorecte i la seva qualitat o l'afectació del marge radial, marcada sobretot entre les dues primeres auditories (Taula 4). A l'informe quirúrgic també es documenta que al llarg del temps cada vegada es duu més a terme l'excisió total del mesorecte.

Taula 4. Indicadors clau de la qualitat del procés assistencial. Catalunya, 2005-7, 2011-12 i 2015-16.

		2005/2007		2011/2012		2015/2016		p-valor
		N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	N total	% mortalitat	
Casos inclosos		1.831		1.949		1.879		
Qualitat de la informació								
Excisió del mesorecte	Informe quirúrgic	850	46,4	1.551	83,4	1.687	92,9	<0,001
Excisió del mesorecte	Informe d'anatomia patològica	656	36,2	1.612	86,7	1.758	96,9	<0,001
Qualitat del diagnòstic								
Realització de proves diagnòstiques	Realització Ecografia endorectal i/o RMN pelviana	1.163	63,5	1.643	84,9	1.764	93,9	<0,001
	Realització de Colonoscòpia	1.600	87,4	1.786	92,3	1.849	98,4	<0,001
	Realització de TC abdominal i/o TC toracoabdominal	1.525	83,3	1.790	92,5	1.798	95,7	<0,001
	No Ecografia endorectal No TC abdominal No RMN pelviana	141	7,7	31	1,6	28	1,5	<0,001
Qualitat del tractament								
Tractament (neo) adjuvant en estadis II i III	RT preoperatòria	24	1,8	75	5,2	83	6	<0,001
	RT/ QT preoperatòria	198	15,2	207	14,2	312	22,6	
	RT/ QT preoperatòria + QT postoperatòria	456	35,0	622	42,7	608	44	
	RT postoperatòria +/- QT postoperatòria	193	14,8	143	9,8	93	6,7	
	QT únicament	162	12,4	176	12,1	110	8	
	Cap tractament adjuvant	271	20,8	232	15,9	176	12,7	
Tipus de cirurgia	Urgent	79	4,3	71	3,6	28	1,5	<0,001
	Electiva	1.736	94,8	1.878	96,4	1.851	98,5	
	Desconegut*	16	0,9	—	—	—	—	
Estada hospitalària	Mitjana ± DE	14,9 ± 11,1		12,6 ± 10,3		12,4 ± 13,6		<0,001^
	Mediana – Mín - Màx	11 – 1-110		9 – 1-113		8 – 1-212		

Via d'accés quirúrgic	Oberta	–	–	690	36,8	393	21,7	<0,001
	Mínimament invasiva	–	–	1.126	60,1	1.422	78,3	
	Desconegut*	–	–	58	3,1	–	–	
Conversió ¹		–	–	152	13,5	189	13,3	0,878
Tipus d'operació	Resecció anterior	1.330	72,6	1.368	73,0	1.367	75,3	0,122
	Amputació abdominoperineal	385	21,0	401	21,4	330	18,2	
	Intervenció de Hartmann	85	4,7	84	4,5	85	4,7	
	Altres tipus de cirurgia i desconegut*	31	1,7	21	1,1	33	1,8	
Complicacions postoperatòries		–	–	790	40,5	831	44,2	0,354
Reintervenció per complicació ²		–	–	171	21,6	198	23,8	0,295
Reintervenció per complicació ³		–	–	171	8,8	198	10,0	0,186
Anatomia patològica								
Excisió del mesorecte AP4	No	213	11,7	20	1,1	12	0,7	<0,001
	Sí	656	36,2	1.606	85,7	1.746	96,2	
	Desconegut*	945	52,1	248	13,2	57	3,1	
Tipus d'excisió del mesorecte AP5	M. Complet	419	63,8	1.262	78,6	1.376	78,8	<0,001
	M. Quasi complet	74	11,3	130	8,1	160	9,2	
	M. Incomplet	85	13,0	175	10,9	170	9,7	
	Desconegut*	78	11,9	39	2,4	40	2,3	
Afectació del marge circumferencial ⁶	Negatiu	1.468	84,7	1.479	87,6	1.420	91	<0,001
	Positiu	113	6,5	138	8,2	98	6,3	
	Desconegut* / No avaluable	152	8,8	71	4,2	42	2,7	
Ganglis limfàtics examinats ⁴	Mitjana ± DE	14,1 ± 9,6		16,0 ± 9,6		17,0 ± 10		<0,001 [^]
	Mediana – Mín - Màx	12 – 0-132		14 – 0-99		15 – 0-89		
Ganglis limfàtics examinats ⁴	<12	749	41,3	611	32,6	514	28,3	<0,001
	≥12	983	54,2	1.213	64,7	1.265	69,7	
	Desconegut*	82	4,5	50	2,7	36	2	
Ganglis limfàtics afectats ⁴	Mitjana ± DE	1,9 ± 4,6		1,4 ± 3,5		1,0 ± 3,0		<0,001 [^]
	Mediana – Mín - Màx	0.0 – 0-68		0.0 – 0-42		0.0 – 0-28		

La realització de qualsevol de les proves recomanades ha augmentat gradualment fins a més del 90%, augment especialment marcat en l'ecografia endorectal i/o la ressonància magnètica pelviana. Així, s'ha reduït significativament el número de casos en què a la documentació mèdica no es va poder identificar que s'hagués fet cap de les proves diagnòstiques d'ecografia endorectal, tomografia axial computeritzada abdominal (o toracoabdominal) o ressonància magnètica pelviana (Taula 4).

La valoració dels casos amb l'equip multidisciplinari prèviament a la cirurgia ha augmentat de 73,2% a 91,6% entre les dues darreres auditories (aquesta dada no es va recollir a la primera auditoria).

Globalment s'observa una millora de la qualitat de l'excisió del mesorecte segons l'informe d'anatomia patològica (Taula 4). No obstant això, aquesta millora és difícilment interpretable entre les dues primeres auditories degut a la gran proporció de desconeguts inicial (11,9%). En canvi, a les dues darreres auditories aquesta dada té una proporció reduïda de desconeguts i resulta prop d'un 80%. Globalment, també augmenta la proporció de marge radial lliure i el número de ganglis examinats.

La distribució de casos segons el tipus d'operació quirúrgica no ha variat tenint en compte que s'han agrupat la "resecció anterior" i la "resecció anterior baixa" com a "resecció anterior", excepte per una lleugera disminució de la proporció d'amputacions abdominoperineals en el darrer període. Per aquesta anàlisi, s'han exclòs les excisions locals donat que no s'inclouen a la primera auditoria.

En relació amb la innovació quirúrgica, s'observa un augment de l'ús de les tècniques mínimament invasives amb l'ús de laparoscòpia. Un pas més enllà d'aquesta via ha estat fet per l'aparició de la TaTME (excisió total del mesorecte per via transanal) en els darrers anys i la seva difusió, que a la darrera auditoria es va quantificar en un 10% de les intervencions (n=188).

Quant a les complicacions postquirúrgiques, n'ocorren de qualsevol tipus en un 40% dels casos, i aproximadament un 22% dels quals requereixen una reintervenció. Aquestes xifres es mantenen estables a les darreres auditories. Les cirurgies urgents s'han reduït progressivament de 5,6% a 3,6% i a 1,7% a la darrera auditoria. Quant al temps d'estada hospitalària, la mediana s'ha reduït de manera significativa.

Globalment hi ha hagut un augment gradual de les pautes que inclouen radioteràpia preoperatòria (de 52% a 67,2%), sent la més freqüent en tots els períodes la combinació recomanada per l'OCG de radioteràpia i quimioteràpia preoperatòria i quimioteràpia postoperatòria (Taula 4). En canvi, ha passat el contrari amb les altres pautes, tant la de radioteràpia postoperatòria com la de quimioteràpia únicament. Per acabar, l'opció de no fer ús de tractament adjuvant també s'ha anat reduint.

DISCUSSIÓ

L'evolució dels resultats en el decurs dels 12 anys recorreguts per les tres auditories tradueix una millora de l'atenció al càncer de recte a Catalunya i un augment significatiu de la supervivència d'aquests pacients. L'escenari inicial descrit per la primera auditoria era de dispersió de la provisió de l'atenció als pacients amb càncer de recte quirúrgic en 51 centres amb una variabilitat significativa en els patrons d'atenció i de resultats clínics.⁴ Arran de la implementació de la instrucció 01/2012 del CatSalut en què es demanava un volum mínim anual d'11 intervencions per centre en el cas del càncer de recte, es va reduir el número de centres a 32. En aquests centres es van tractar aproximadament el mateix número i perfil de pacients que en els anys previs.

Entre la primera i la darrera auditoria els resultats clínics han millorat de manera molt significativa. La mortalitat a 1 mes de la cirurgia s'ha reduït un 86,3%; a 3 mesos, un 70,6%; a 1 any, un 48,4%; i a 2 anys, un 37,2%. Quant a l'aparició de recidiva locoregional, la incidència acumulada a dos anys s'ha reduït de 6,2% a 5,1%, encara que de manera estadísticament no significativa.

Les dades de supervivència i de recidiva locoregional observades són comparables a les de Suècia, que va ser pionera a Europa en implementar polítiques de centralització per cirurgies especialitzades en càncer. Les dades del registre poblacional suec de càncer de recte dels anys 2007 a 2012 mostren una supervivència a 3 anys dels pacients quirúrgics d'aproximadament un 75,8%.⁶ A Suècia, les dades dels anys 2007 a 2012 mostren un percentatge del 4,9% de pacients amb recidiva local a 3 anys de seguiment.⁶

Pel que fa a la incidència acumulada de recidiva sistèmica aïllada a dos anys de la cirurgia, i considerant que el recompte de recidiva locoregional inclou la troballa sincrònica de recidiva locoregional i sistèmica, l'augment d'aquesta incidència entre la primera i la darrera auditoria podria ser degut a una redistribució interna de les recidives per reducció de les recidives locoregional aïllades. Aquesta tendència podria indicar que els canvis observats en relació amb la mortalitat i amb l'aparició de recidiva locoregional estarien associats a la millora de la qualitat quirúrgica, a l'augment de pacients que reben tractament preoperatori i a un millor estudi anatomopatològic de la peça quirúrgica.⁷

Entre els dos primers períodes s'observa una disminució de la mortalitat postquirúrgica de més del 50%, traduint millores en el maneig postquirúrgic. Així s'obtenen dades comparables a les del registre de cirurgia de càncer colorectal holandès: el 2011 la mortalitat a 30 dies en intervencions de càncer de recte va ser del 2,2%.⁸

Quant a la qualitat del procés, la proporció de pacients que ingressen per urgències s'ha reduït fins a pràcticament desaparèixer i el temps d'estada hospitalària també ha disminuït. La qualitat de la

informació a la documentació mèdica en relació amb l'excisió del mesorecte ha millorat significativament. La qualitat de la informació d'anatomia patològica reflecteix un estudi optimitzat de la peça quirúrgica. La informació registrada en relació amb el diagnòstic també ha millorat significativament, tal com mostra l'augment de pacients als quals s'ha fet qualsevol de les proves d'imatge recomanades.

Un dels aspectes més rellevants en l'atenció al càncer de recte és l'alt grau d'implicació multidisciplinària, en part degut al tractament multimodal. Entre les dues darreres auditories, el percentatge de pacients que s'han beneficiat de la discussió multidisciplinària per decidir el tractament ha crescut de manera significativa, fins a més del 90%. Aquest fet podria tenir relació amb l'augment de casos en estadis II i III que reben el tractament adjuvant recomanat, en forma d'una combinació de radioteràpia i quimioteràpia neoadjuvant i de quimioteràpia adjuvant.

En relació amb el procés quirúrgic s'observa un augment del percentatge de pacients amb excisió del mesorecte completa, sense afectació del marge circumferencial i amb un mínim de 12 ganglis limfàtics examinats. Encara que s'ha de ser prudent amb les interpretacions sobre la millora dels resultats d'anatomia patològica donat que el nombre de dades desconegudes per aquestes variables s'ha anat reduint al llarg dels anys, la proporció de pacients amb afectació del marge circumferencial obtinguda a les darreres auditories és comparable a l'obtinguda al Dutch Surgical Colorectal Audit, en què es va observar una disminució del 14,2% al 5,6%.⁹

En definitiva, les millores observades han estat possiblement afavorides per la concentració de l'activitat quirúrgica i els canvis derivats d'aquesta estratègia, per la monitorització contínua dels centres proveïdors, la contractació i finançament específics del procés per als centres autoritzats i en part també per la progressió dels tractaments oncològics. Tot plegat ha resultat en un funcionament optimitzat de tots els equips multidisciplinaris hospitalaris implicats en el tractament dels pacients amb càncer de recte i legitima el model de concentració impulsat per les autoritats sanitàries catalanes.

En aquest sentit, el gener del 2019 es va publicar la modificació de la instrucció 04/2018 del CatSalut en relació amb la reordenació de l'atenció oncològica en què s'incrementa a 18 el volum mínim de casos anuals de cirurgia de càncer de recte amb intenció radical per centre.¹⁰ Tenint en compte aquest nou criteri i la resta de modificacions en relació amb els centres de referència, es pretén continuar monitoritzant el procés d'atenció al càncer de recte per garantir la desaparició de l'atenció de pacients quirúrgics en centres de volum baix: dels 5 centres on es van intervenir menys d'11 casos l'any 2016, 2 no estaven autoritzats i els altres 3 ja no són centres de referència a la instrucció 01/2019. També es pretén monitoritzar la introducció de noves tècniques quirúrgiques amb l'objectiu de continuar millorant els resultats amb els professionals i els centres. Per acabar, la nova auditoria permetrà avaluar la tendència en la ocurrència de les metàstasis a distància.

BIBLIOGRAFIA

1. Registre del Càncer de Catalunya. Pla director d'oncologia de Catalunya. El Càncer a Catalunya. Monografia 2016. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.; 2016 p. 1–102. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/cancer/recursos_prof/estadistiques/mono_2018.pdf
2. van de Velde CJH, Boelens PG, Borras JM, Coebergh J-W, Cervantes A, Blomqvist L, et al. EURECCA colorectal: Multidisciplinary management: European consensus conference colon & rectum. *Eur J Cancer*. 2014;50(1):1.e1-1.e34. Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804913007806>
3. Guren MG, Kørner H, Pfeffer F, Myklebust TÅ, Eriksen MT, Edna T-H, et al. Nationwide improvement of rectal cancer treatment outcomes in Norway, 1993–2010. *Acta Oncol (Madr)*. 2015;54(10):1714–22.
4. Manchón-Walsh P, Borràs JM, Espinàs J a, Aliste L. Variability in the quality of rectal cancer care in public hospitals in Catalonia (Spain): clinical audit as a basis for action. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37(4):325–33.
5. Manchón-Walsh P, Aliste L, Espinàs JA, Prades J, Guarga A, Balart J, et al. Improving survival and local control in rectal cancer in Catalonia (Spain) in the context of centralisation: A full cycle audit assessment. *Eur J Surg Oncol*. 2016;42(12):1873–80.
6. Kodeda K, Johansson R, Zar N, Birgisson H, Dahlberg M, Skullman S, et al. Time trends, improvements and national auditing of rectal cancer management over an 18-year period. *Color Dis*. 2015;17(9):O168–79.
7. Holleczeck B, Rossi S, Domenic A, Innos K, Minicozzi P, Francisci S, et al. On-going improvement and persistent differences in the survival for patients with colon and rectum cancer across Europe 1999–2007 – Results from the EUROCARE-5 study. *Eur J Cancer*. 2015;51(15):2158–68.
8. Van Leersum NJ, Snijders HS, Henneman D, Kolfshoten NE, Gooiker GA, ten Berge MG, et al. The Dutch Surgical Colorectal Audit. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39(10):1063–70. :
9. Gietelink L, Wouters MWJM, Tanis PJ, Deken M, Ten Berge MG, Tollenaar RA, et al. Reduced Circumferential Resection Margin Involvement in Rectal Cancer Surgery: Results of the Dutch Surgical Colorectal Audit. *J Natl Compr Cancer Netw*. 2015;13(9):1111–9.

Aquest document ha estat realitzat per:

Paula Manchón-Walsh¹, Josep A. Espinàs¹, Joan Prades¹, Luisa Aliste¹, Alfonso Pozuelo²,
Cristina Casanovas², Alex Guarga², Josep M. Borràs¹

1. Pla director d'oncologia, Departament de Salut

2. Gerència de Planificació Operativa i Avaluació, Àrea d'atenció sanitària, Servei Català de la Salut

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta) | 08005 Barcelona

Tel.93 551 39 00 | Fax.93 551 75 10

<http://observatorisalat.gencat.cat>

L'Agència d'Avaluació i Qualitat Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat el sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), membre fundador de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA) i membre del grup Reference site "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea. També forma part del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Manchón-Walsh P, Espinàs JA, Prades J, Aliste L, Pozuelo A, Casanovas C, Guarga A, Borràs JM. Millora de l'atenció al càncer de recte a Catalunya en el període 2005-2016. Monogràfics de la Central de Resultats, núm 32. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888
Fax: 93 551 7510
<http://aquas.gencat.cat>

© 2021, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
Primera edició: Barcelona, març 2021
Disseny: Àrea de Comunicació
Correcció: Àrea de Comunicació

Alguns drets reservats:

© 2021, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

